

事例 5

●性 別女性

●年 齢71 歳

●介護環境居宅

●最も類似する状態像の例 1 - 10

●要介護度変更要支援→要介護 1

●審査及び判定の概要

パーキンソン症候群により移動が比較的困難な事例。

介護認定審査会では、パーキンソン症候群の特徴から、状態の変動や、移動や複雑動作についての介護の必要性に着目する意見が出された。主治医意見書の障害老人の日常生活自立度も踏まえ検討を行った上、状態像の例との比較に基づき、要介護 1 に変更した。

介護審査会資料

申請区分：新規申請
被保険者区分：第1号被保険者

年齢：71
性別：女
過去の認定審査会結果：なし
前回認定有効期間：
前回介護保険審査会結果：なし
一次判定結果：要支援
要介護認定基準時間：29分
機能訓練+間接生活介助：9分

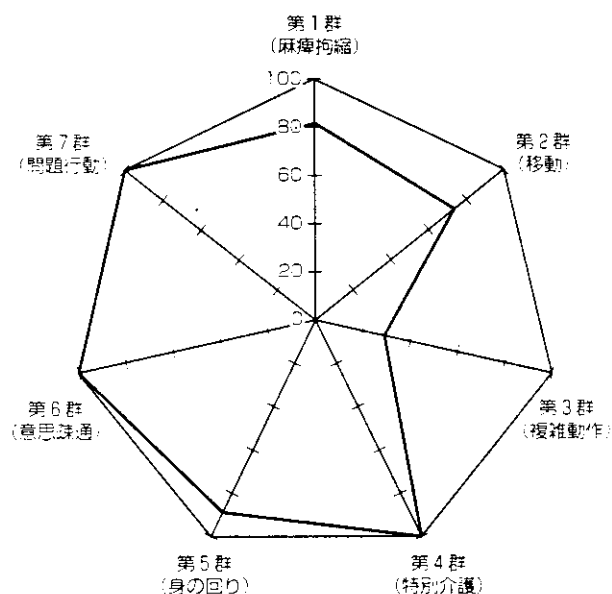
--	--	--	--	--	--

現在の状況
訪問介護（ホームヘルプサービス）：居宅
訪問入浴介護：0回/月
訪問看護：0回/月
訪問リハビリテーション：0回/月
居宅療養管理指導：0回/月
通所介護（デイサービス）：0回/月
通所リハビリテーション（デイケア）：8回/月
福祉用具貸与：0品目
短期入所生活介護：0日/月
短期入所療養介護：0日/月
痴呆対応型共同生活介護：0日/月
特定施設入所者生活介護：0日/月
福祉用具購入：0品目/6月間
住宅改修：なし

障害老人自立度：J2

痴呆性老人自立度：正常

中間評価項目表



中間評価項目得点

第1群	第2群	第3群	第4群	第5群	第6群	第7群
81.6	74.6	29.5	100.0	90.2	100.0	100.0

〈特別な治療〉

点滴の管理：気管切開の処置
中心静脈栄養：疼痛の看護
透 析：経管栄養
ストーマの処置：モニター測定
酸素療法：褥瘡の処置
レスピレーター：カテーテル

第1群 1. 麻痺（左-上肢）
（麻痺拘縮）（右-上肢）
（左-下肢）
（右-下肢）
（その他）
2. 拘縮（肩関節）
（肘関節）
（股関節）
（膝関節）
（足関節）
（その他）

ある
ある
ある

第2群 1. 寝返り
（移動）2. 起き上がり
3. 両足での座位
4. 両足つかない座位
5. 両足での立位
6. 歩 行
7. 移 乗

つかまれば可
つかまれば可
自分で支えれば可
自分で支えれば可
支えが必要
つかまれば可

第3群 1. 立ち上がり
（複雑動作）2. 片足での立位
3. 浴槽の出入り
4. 洗 身

つかまれば可
支えが必要
全介助
全介助

第4群 1. ア. じよくそう
（特別介護）イ. 皮膚疾患
2. 片手胸元持ち上げ
3. 嚥 下
4. ア. 尿 意
イ. 便 意
5. 排尿後の後始末
6. 排便後の後始末
7. 食事摂取

第5群 1. ア. 口腔清潔
（身の回り）イ. 洗 顔
ウ. 整 髪
エ. つめ切り
2. ア. ボタンのかけはずし
イ. 上衣の着脱
ウ. スポン等の着脱
エ. 靴下の着脱
3. 居室の掃除
4. 薬の内服
5. 金銭の管理
6. ひとい物忘れ
7. 周囲への無関心

一部介助

全介助

第6群 1. 視 力
（意思疎通）2. 聴 力
3. 意思の伝達
4. 指示への反応
5. ア. 毎日の日課を理解
イ. 生年月日をいう
ウ. 短期記憶
エ. 自分の名前をいう
オ. 今の季節を理解
カ. 場所の理解

第7群 ア. 被害的
（問題行動）イ. 作 証
ウ. 幻視幻聴
エ. 感情が不安定
オ. 昼夜逆転
カ. 暴言暴行
キ. 同じ話をする
ク. 大声をだす
ケ. 介護に抵抗
コ. 常時の徘徊
サ. 落ち着きなし
シ. 外出して戻れない
ス. 一人で出たがる
セ. 収集癖
ソ. 火の不始末
タ. 物や衣類を壊す
チ. 不潔行為
ツ. 異食行動
テ. 性的迷惑行動

認定調査票（特記事項）

1. 麻痺・拘縮に関連する項目についての特記事項

（1-1 麻痺等の有無）パーキンソン症候群によりすくみ足がある。転倒することあり。右上肢のふるえ頻回にあり。腰の円背あり。

4. 特別な介護等に関連する項目についての特記事項

（4-5 排尿後の後始末、4-6 排便後の後始末）夜のみポータブルトイレを使用している。昼間は家のトイレまで行っている。

5. 身の回りの世話等に関連する項目についての特記事項

（5-1 エ つめ切り）手のつめはできるが、足のつめはできない。
（5-2 衣服着脱）時間をかければ「自立」であるが、腰痛が増強する。

概況調査 IV

「調査対象者の主訴、家族状況、住居環境、虐待の有無等について特記すべき事項」

- ・ 台所で家族と一緒に食事せず、居室内で一人で食べることを希望するため、食事セッティングが必要となり、家族の負担がある。
- ・ 食欲不振のため、エンシュアリキッドを朝・夕1缶ずつ飲んでいる。

主治医意見書

記入日 平成11年 12月 〇日

申請者	(ふりがな)	男・ 女	〒 - 連絡先 ()
	明・大・昭 年 月 日生 (71歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに ☐ 同意する。 ☐ 同意しない。			
医師氏名		電話 ()	
医療機関名		FAX ()	
医療機関所在地			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	☐ 初回 ☐ 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	☐ 有 ☐ 無 (有の場合)→ ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日			
1. パーキンソン症候群	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
2. 腰椎圧迫骨折	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
3.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性		☐ 安定 ☒ 不安定 ☐ 不明	
(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し		☐ 改善 ☐ 不変 ☒ 悪化	
(4) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近6ヶ月以内に变化のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)			
以前より脳外科にてパーキンソン症候群と診断。 治療を継続している。 6月より当方デイ・ケアに通所中。			

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	☐ 点滴の管理	☐ 中心静脈栄養	☐ 透析	☐ ストーマの処置	☐ 酸素療法
	☐ レスピレーター	☐ 気管切開の処置	☐ 疼痛の看護	☐ 経管栄養	
特別な対応	☐ モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)				
禁煙への対応	☐ カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度)	☐ 正常 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☒ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
・痴呆性老人の日常生活自立度	☒ 正常 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M
(2) 理解および記憶	
・短期記憶	☒ 問題なし ☐ 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	☒ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない
・自分の意思の伝達能力	☒ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない
・食事	☒ 自立ないし何とか自分で食べられる ☐ 全面介助
(3) 問題行動の有無 (該当する項目全てチェック)	
☐ 有 ☒ 無	
(有の場合) → ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊	
☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他 ()	

(4) 精神・神経症状の有無
☐有 (症状名) ☒無
(有の場合) → 専門医受診の有無 ☐有 () ☐無

(5) 身体の状態
利き腕 (☒右 ☐左) 体重 = kg 身長 = cm 凡例

☐ 四肢欠損	(部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	
☐ 麻痺	(部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	
☒ 筋力の低下	(部位: 下肢 程度: ☐ 軽 ☒ 中 ☐ 重)	
☐ 褥瘡	(部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	
☐ その他皮膚疾患	(部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	

☐関節の拘縮

・肩関節 ☐ 右 ☐ 左	・股関節 ☐ 右 ☐ 左
・肘関節 ☐ 右 ☐ 左	・膝関節 ☐ 右 ☐ 左
☒ 失調・不随意運動・上肢 ☐ 右 ☐ 左	・体幹 ☐ 右 ☐ 左
・下肢 ☒ 右 ☒ 左	

4. 介護に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針
☐尿失禁 ☒転倒・骨折 ☐徘徊 ☐褥瘡 ☐嚥下性肺炎 ☐腸閉塞 ☐易感染性
☐心肺機能の低下 ☐痛み ☐脱水 ☐その他 ()
→ 対処方針 ()

(2) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい)
☐訪問診療 ☐短期入所療養介護 ☐訪問栄養食事指導
☐訪問看護 ☐訪問歯科診療 ☐その他 ()
☒訪問リハビリテーション ☐訪問歯科衛生指導
☒通所リハビリテーション ☐訪問薬剤管理指導

(3) 介護サービス(入浴サービス、訪問介護等)における医学的観点からの留意事項
・血圧について ☒特になし ☐あり ()
・嚥下について ☒特になし ☐あり ()
・摂食について ☒特になし ☐あり ()
・移動について ☐特になし ☒あり (杖歩行、見守り必要)
・その他 ()

(4) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)
☐有 () ☒無 ☐不明

5. その他特記すべき事項

要介護認定に必要な医学的なご意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

歩行障害(すくみ足、失調歩行)の程度は日によって差がある。
椅子からの立ち上がりも介助を要することがある。